

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

MÉDICO I - CIRURGIA PEDIÁTRICA

NÚMERO DO EDITAL: 6/2024

Nome: _____ Inscrição: _____

Graduação

Escola _____ Conclusão: _____

Pós Graduação - Cursos Completos

Mestrado		Conclusão:	
----------	--	------------	--

Doutorado		Conclusão:	
-----------	--	------------	--

Especialização - (Não será pontuado neste item a Residência Médica que é pré-requisito para inscrição). Cursos com duração igual ou superior a 6 (seis) meses

Curso: _____

Ministrado por:	Duração:	
-----------------	----------	--

Curso: _____

Ministrado por:	Duração:	
-----------------	----------	--

Experiência Profissional na área do edital (Não concomitante com a Residência Médica)

Empresa:	Área de trabalho
----------	------------------

Admissão:	Desligamento:	
-----------	---------------	--

Empresa:	Área de trabalho
----------	------------------

Admissão:	Desligamento:	
-----------	---------------	--

Empresa:	Área de trabalho
----------	------------------

Admissão:	Desligamento:	
-----------	---------------	--

Empresa:	Área de trabalho
----------	------------------

Admissão:	Desligamento:	
-----------	---------------	--

Empresa:	Área de trabalho
----------	------------------

Admissão:	Desligamento:	
-----------	---------------	--

Participação em Eventos (Congressos, Simpósios e Jornadas Médicas)

Evento:	Início		
---------	--------	--	--

Participação: <input type="checkbox"/> Ouvinte	Duração:		Término
--	----------	--	---------

Evento:	Início		
---------	--------	--	--

Participação: <input type="checkbox"/> Ouvinte	Duração:		Término
--	----------	--	---------

Evento:	Início		
---------	--------	--	--

Participação: <input type="checkbox"/> Apresentação de Trabalho	Duração:		Término
---	----------	--	---------

Evento:	Início		
---------	--------	--	--

Participação: <input type="checkbox"/> Apresentação de Trabalho	Duração:		Término
---	----------	--	---------

Publicações em Revistas Especializadas

Título	Data		
--------	------	--	--

Revista/ Periódico			
--------------------	--	--	--

Título	Data		
--------	------	--	--

Revista/ Periódico			
--------------------	--	--	--

Título	Data		
--------	------	--	--

Revista/ Periódico			
--------------------	--	--	--

Data da entrega: _____

Recebido por: _____

Assinatura do candidato

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS - PROTOCOLO

MÉDICO I - CIRURGIA PEDIÁTRICA

NÚMERO DO EDITAL: 6/2024

Recebi de _____ Inscrição nº _____ a Ficha de Avaliação de Títulos acompanhada dos comprovantes rubricados e numerados de _____ a _____ pelo candidato.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do Candidato

Serviço de Seleção e Desenvolvimento

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

O preenchimento da ficha de avaliação de títulos deve ser feito seguindo estritamente o disposto no **Esquema de Valorização dos Títulos, constante no Anexo III do Edital de Abertura do Concurso Público.**

Demais orientações quanto a documentação a ser entregue constam no Capítulo que trata dos **Títulos e seu Julgamento.**

Não serão aceitos comprovantes que não guardem relação com as atribuições da função conforme disposto no ANEXO III do Edital.

Anexar às fotocópias dos comprovantes seguindo a ordem da Ficha de Avaliação de Títulos.

Todos os comprovantes deverão ser rubricados e numerados pelo candidato obedecendo ordem crescente de numeração.

Não encadernar e não colocar os comprovantes em pastas, pois na entrega será feita a conferência e os documentos serão grampeados juntamente com a Ficha de Avaliação de Títulos.

O protocolo que acompanha a ficha de avaliação de títulos deve ser impresso em folha separada.

Qualquer dúvida entrar em contato no Serviço de Seleção do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto nos telefones (16) 3602-2227, 3602-2168 e 3602-2707 .